

健康保険等資格 取得・喪失

証明書

被扶養者 認定・抹消

□□□□年 ○○月 ○○日

岩 出 市 長 様

所在地 事業所等所在地

証明者 名称 事業所等名称 (印)

電話番号 電話番号

次のとおり証明します。

被保険者 又は 組合員	住所 氏名	被保険者住所		電話番号()	
	生年月日	被保険者氏名		□□□□年○月○日	
被保険者証の 記号・番号	証記号 1 2 3 4 5 6 7 8	証番号 1 1 1	健康保険資格取得 又は資格喪失年月日 (退職年月日)	取得	□□□□年○月○日
保険者名・番号	保険者名 ○○○○○○	保険者番号 2 2 2		喪失	□□□□年○月○日
基礎年金番号				(退職)	□□□□年○月○日
被 扶 養 者	氏名	生年月日	続柄	被扶養者として認定又は認定を抹消された日	
	被扶養者氏名	昭・平・令 ○○年○月○日	続柄	認定	□□□□年 ○○月 ○○日
		抹消		□□□□年 ○○月 ○○日	
		昭・平・令 年 月 日		認定	年 月 日
				抹消	年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		認定	年 月 日
				抹消	年 月 日
	昭・平・令 年 月 日		認定	年 月 日	
			抹消	年 月 日	

(記載上の注意)

- この証明書は、保険者又は事業主が証明してください。
- この証明書は、被保険者又は組合員と新たに被扶養者の資格を取得・喪失、認定・抹消した者について記入してください。
- 資格取得・喪失欄、資格認定・抹消欄は日付を必ず記入してください。
- 続柄欄は被保険者又は組合員との続柄を記入してください。